

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N^o 791

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claude NABERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 6-avril 1910, à Pont-Croix (Finistère).

De l'Exclusion haute de l'Estomac
comme premier temps d'une gastrectomie
ou
comme opération palliative
dans les Cancers gastriques

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Claude NABERT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 6 avril 1910, à Pont-Croix (Finistère).

De l'Exclusion haute de l'Estomac
comme premier temps d'une gastrectomie
ou
comme opération palliative
dans les Cancers gastriques

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
		LEREBoullet.
		NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
Clinique chirurgicale		GRÉGOIRE.
		LENORMANT.
		TERRIEN.
		CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique		COUVELAIRE.
Clinique urologique		JEANNIN.
Clinique d'accouchements		LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique de cardiologie		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale		N...
		HAZARD.
		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.
Professeurs sans chaire		

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE. } Clinique obstétricale.
 METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON FILS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CHRISTIAN NEIS

*A la mémoire duquel je resterai toujours
fidèle et profondément attaché.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MA SŒUR

A MON ONCLE, LE DOCTEUR ALAIN PITON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

A MES BELLES-SŒURS

A MA BELLE-SŒUR, LE DOCTEUR MARCELLE LADET

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris.

Chef de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

A MON COUSIN, LE DOCTEUR PIERRE NEIS

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

*En hommage de reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

Professeur de Clinique Urologique à la Faculté de Médecine
de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Membre de l'Académie de Médecine.

En témoignage de profond respect.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. SORREL

Chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

*Qu'il veuille bien trouver ici le modeste
témoignage de ma respectueuse reconnais-
sance.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CHEVRIER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

*Qui pendant deux ans m'a fait le très
grand honneur de m'agréer comme interne
dans son service. Je lui renouvelle ici ma
toute filiale et très respectueuse admiration.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR S. OBERLIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Dont j'ai eu aussi pendant deux ans l'honneur d'être l'interne et qui m'a toujours tant témoigné de bienveillance.

Ce modeste hommage de mon admiration et de ma très respectueuse reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

J'ai appris à connaître toute la valeur de son enseignement et toute la sûreté de sa bonté paternelle.

Je lui exprime toute ma reconnaissance et mon respectueux attachement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. D'ALLAINES

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

*Dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne, et
à qui je dois le sujet de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le modeste
hommage de ma profonde reconnaissance et
de ma très grande admiration.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. FEY

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

*En témoignage de respect et de grande
reconnaissance pour son enseignement si
fécond.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

Externat :

1929-1930. MONSIEUR LE DOCTEUR BASSET

1930-1931. MONSIEUR LE DOCTEUR P. CHEVALLIER

1931-1932. MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

1932-1933. MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Internat :

1935-1936. MONSIEUR LE DOCTEUR SORREL

1936-1937. MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

1937-1938. MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER

1938-1939. MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

1938-1939. MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

HISTORIQUE

L'idée de la gastrectomie en deux temps semble bien appartenir à TUHOLSKE, qui, dès 1891, utilisa ce procédé. Par la suite, DOYEN, QUÉNU, FRANCKE, KUMMEL, DELORE, PAUCHET et FINSTERER, l'employèrent dans les cas de cancers gastriques d'abord, puis dans ceux d'ulcères gastriques.

En 1932, FINSTERER, à la Société des Chirurgiens de Paris, la présente comme opération de choix chez les malades trop anémiés et trop cachectiques pour supporter une gastrectomie d'emblée.

Enfin, les auteurs lyonnais ont depuis longtemps préconisé dans le traitement des cancers de l'estomac une gastrectomie précédée d'une gastro-entérostomie.

Toutefois, l'idée de l'exclusion haute comme premier temps d'une gastrectomie semble revenir au Docteur BERGERET, qui la pratiqua la première fois pour un ulcus du bulbe duodénal trop adhérent pour être extirpé d'emblée.

FINSTERER, RHÉAUME (de Montréal), DEVINE (de Mel-

bourne), ont publié des techniques à peu près semblables.

Cependant, cette exclusion haute de l'estomac semble jusqu'ici avoir été principalement réservée aux seuls ulcères pyloro-duodénaux, soit qu'il s'agisse de malades incapables de supporter une opération trop importante immédiatement, soit qu'il s'agisse d'ulcères trop étendus ou trop adhérents pour pouvoir être enlevés en un temps, soit enfin qu'il s'agisse d'hémorragies ulcéreuses graves.

Depuis quelques années, le Docteur D'ALLAINES, dans le service du Docteur ROUX-BERGER, s'est appliqué à utiliser cette technique uniquement dans les cas de néoplasmes de l'estomac, à l'exception de ceux, bien entendu, où une gastrectomie en un temps était permise.

Ce sont les résultats de ces interventions que nous voudrions rapporter ici.

DEFINITION

Nous entendrons par exclusion gastrique haute, une tactique opératoire consistant, en présence d'un néoplasme gastrique :

1) en une section gastrique haute avec rétablissement de la continuité digestive par une implantation gastro-jéjunale, suivant les procédés de REICHEL-POLYA ou de HOFFMEISTER-FINSTERER;

2) en une fermeture du bout gastrique distal qui se trouve ainsi exclu;

3) dans un deuxième temps ultérieur, en une exérèse de ce moignon exclu.

Ainsi, l'exclusion haute ne constituera dans les cas favorables que le premier temps d'une gastrectomie, dont le deuxième temps d'exérèse pourra être fait dans un court délai en des conditions meilleures.

Ainsi comprise, cette technique ne peut se comparer à la résection-exclusion de FINSTERER, ni à la gastrectomie classique en deux temps, dont le premier n'est constitué que par une gastro-entérostomie banale.

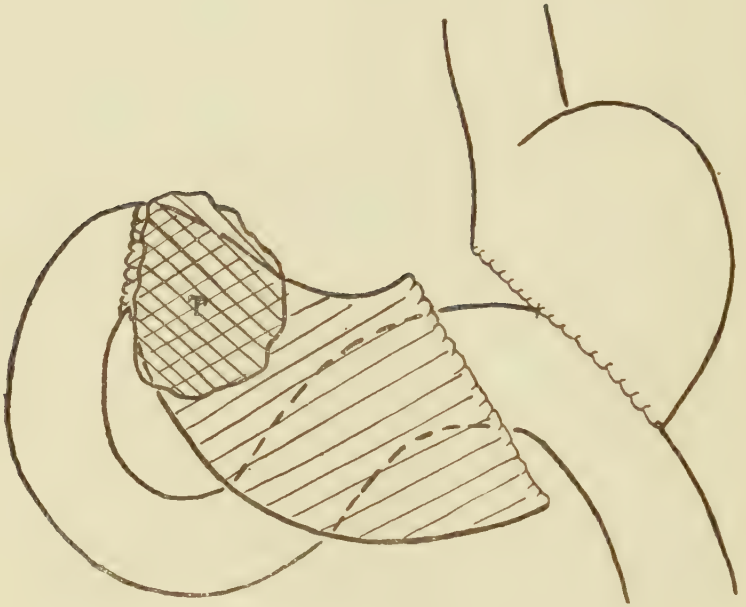


SCHÉMA N° 1.

Elle diffère également de l'opération proposée récemment par MM. DIDIER et BOMPART sous le nom de gastro-jéjunostomie à éperon, et qui laisse persister le long de la petite courbure, un défilé gastrique, dont la résection secondaire vient compliquer le deuxième temps.

INDICATIONS

Il est bien entendu que dans cette thèse, nous n'aurons en vue que les cancers de l'estomac, et parmi ceux-ci, non seulement ceux dont la situation permettra de faire une exérèse large, mais encore, et tout particulièrement ceux qui, de par la gravité de l'état général, rendraient très aléatoire une exérèse en un seul temps.

Les contre-indications opératoires sont les mêmes que celles qui interdisent toute gastrectomie d'emblée.

La présence de noyaux cancéreux hépatiques, de ganglions le long du pédicule hépatique ou dans le hile du foie, l'extension vers le cardia rendant impossible toute réparation de la continuité digestive, sont autant de contre-indications à une chirurgie réparatrice.

Par contre, étant donné la part fréquente de l'élément inflammatoire, l'envahissement du pancréas ne veut pas dire à priori abstention.

L'objet essentiel de notre thèse est, non pas de publier une nouvelle technique, mais bien de mon-

trer comment, grâce à cette division des temps opératoires, il est possible de diminuer l'énorme shock que donne en général la gastrectomie en un temps dans les cas très graves de cancer, qu'il s'agisse de malades subfébriles, ou surtout très amaigris, très anémiés. La grande fragilité des cancéreux gastriques est bien connue et les diverses et nombreuses statistiques montrent l'importante différence de mortalité entre les gastrectomies pour cancer et les gastrectomies pour ulcère.

C'est qu'en effet ici l'opération est pratiquée en milieu presque toujours infecté, sur des sujets amoindris, en état d'anorexie, anémiés — anémie cancéreuse qui par ailleurs revêt des caractères totalement différents de la simple anémie hémorragique ulcéreuse.

C'est précisément cette importante mortalité post-opératoire qui a amené le Docteur D'ALLAINES à se demander si le principe de l'exclusion gastrique appliqué jusqu'ici surtout aux ulcères gastriques, ne serait pas susceptible d'abaisser cette mortalité.

C'est dans les cas de sténose cancéreuse — et ce sont les plus fréquents — que cette opération, en raison de l'état tout à fait marqué d'intoxication de ces malades, se trouve spécialement indiquée. C'est chez eux, nous y insisterons, que l'on tirera le plus grand profit d'une opération faite en deux temps, et ceci d'autant mieux qu'au cours du premier temps, après avoir vidé par aspiration le contenu septique

de la poche gastrique exclue, on aura drainé cette dernière par une sonde de Petzer.

Il n'est nullement dans nos intentions d'envisager dans cette thèse cette tactique opératoire dans les ulcères gastro-duodénaux.

Disons cependant qu'actuellement la majorité des auteurs s'accordent pour reconnaître dans ces cas l'exclusion gastrique comme une des causes favorisant l'apparition d'un ulcus peptique. Tout à fait probante est à cet effet l'observation publiée par le Docteur D'ALLAINES. Il s'agissait d'un ulcus peptique du jéjunum survenu très rapidement après une opération d'exclusion pylorique, ulcère d'évolution aiguë vers la perforation, laquelle apparue vingt jours après l'opération, avait encore récidivé six jours après.

Est-ce à dire toutefois que dans les cas douteux, si nombreux, où l'opérateur hésite, en présence des lésions, à se prononcer entre ulcère ou cancer — il ne faille pas pour éviter un ulcère peptique, renoncer à cette exclusion haute ?

Nous ne le pensons pas.

Evidemment, il est des cas, où, réintervenant deux ou trois semaines plus tard, sur un malade dont l'état général s'est suffisamment amélioré, on a alors la surprise de trouver des lésions considérablement diminuées. Elles avaient primitivement un aspect néoplasique. L'élément inflammatoire ayant disparu du

fait de la dérivation et de la mise au repos des lésions, elles ont revêtu maintenant un aspect ulcéreux net.

Nous ne nions pas que dans ces cas, l'apparition d'un ulcus peptique n'eût été possible.

Ce sont là, des surprises opératoires, contre lesquelles la possibilité d'une biopsie ex-temporaine eut pu mettre à l'abri.

Mais il n'en reste pas moins vrai que, s'il s'agissait de malades insuffisamment résistants pour supporter une gastrectomie d'emblée, on aura, dans ces cas douteux, prolongé l'existence du malade et peut-être permis, quelque temps après, une exérèse définitive de la tumeur.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Inconvénients.

Au reste, indépendamment du risque que l'on aura parfois couru de voir apparaître ultérieurement un ulcère peptique, cette méthode opératoire comporte quelques autres inconvénients.

PAUCHET a autrefois insisté à plusieurs reprises sur les points suivants :

Après la gastrectomie en deux temps, où il est vrai, le premier temps n'est constitué que par une gastro-entérostomie simple, les récurrences seraient plus fréquentes, et plus précoces.

D'autre part, après la première intervention, le cancer subirait parfois un véritable coup de fouet dans son évolution.

Nous reviendrons ultérieurement sur ces points. Disons cependant tout de suite que, s'il ne nous a jamais été donné de voir au cours du deuxième temps, une augmentation très sensible des lésions tumorales, il n'en reste pas moins que le deuxième temps d'exérèse devra suivre dans un délai très rap-

proché quinze à vingt jours après le premier temps, dès que le malade alimenté et transfusé sera apte à le supporter.

Par ailleurs, quant à l'extension du cancer entre les deux temps, ne pourrait-on pas se demander si la ligature des principaux pédicules vasculaires de l'estomac ne pourrait pas favoriser au contraire un certain arrêt dans l'évolution même de la tumeur. Il est possible en effet que la ligature au cours du premier temps des artères pylorique et coronaire stomachique constitue véritablement une sorte de barrage contre l'extension des éléments néoplasiques.

Mais, à vrai dire, le reproche le plus important que l'on puisse faire à cette méthode — reproche que l'on a d'ailleurs également formulé contre la gastrectomie en deux temps classique — est que le malade doit dans un délai rapproché, subir une deuxième intervention, et en accepter donc la nécessité.

Bien souvent, en effet, après le premier temps, du seul fait de la disparition de la gêne à l'évacuation de l'estomac, l'anorexie et l'inappétence cessent rapidement. Le malade voit son état général s'améliorer considérablement, au point que, à moins d'être averti de la véritable nature de son affection, il ne se décide que très difficilement à une deuxième intervention, ou que même, se croyant guéri, il ne revient pas ou trop tard, à un moment où, cette fois, l'exérèse complète est devenue impossible.

C'est là, en fait, la critique majeure que l'on puisse adresser à cette conduite opératoire.

Avantages.

L'un des avantages essentiels de l'exclusion haute de l'estomac comme premier temps d'une gastrectomie ultérieure est, nous y avons déjà insisté, de diminuer le stock opératoire.

On sait combien ce dernier grève terriblement la mortalité post-opératoire des gastrectomies totales en un temps pour cancer. Une statistique récente faite à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière dans le service du Professeur GOSSET révèle une mortalité immédiate de 15 %. Certes, dans cette statistique sont compris des cas très avancés de néoplasme.

Certes aussi les suites opératoires du premier temps ne sont pas toujours aussi simples et aussi faciles que celles d'une gastro-entérostomie. Toutefois, le plus souvent, et cela rapidement, l'état général du malade s'améliore. La sténose néoplasique — ou tout au moins ses effets — ont disparu. La toxémie cancéreuse a diminué. Le malade s'alimente et prend du poids. Et, surtout si l'on s'est aidé de petites transfusions répétées, le malade, au bout de deux semaines environ, donc dans un délai rapproché, pourra subir le temps d'exérèse proprement dit.

Les suites opératoires de ce deuxième temps, sont

comme nous le verrons, singulièrement faciles, et même étonnantes de simplicité et de bénignité.

Ce sont précisément ces faits, qui ont incité le Docteur D'ALLAINES à appliquer cette tactique opératoire aux cas de cancers gastriques macroscopiquement extirpables en un temps, mais survenant chez des malades dont l'état général très précaire, la résistance amoindrie, laissent présager qu'ils ne supporteront pas ou alors très difficilement une opération aussi importante qu'une gastrectomie d'emblée.

Nous avons dans notre définition bien séparé cette technique de celle où le premier temps est représenté par une gastro-entérostomie classique.

Les inconvénients de cette dernière ont été maintes fois décrits par les auteurs qui l'ont exécutée.

Si pour opérer rapidement, on veut au cours de l'exérèse ultérieure conserver la bouche de gastro-entérostomie, il aura fallu faire celle-ci très à gauche. Mais alors, comme elle est mal placée, elle ne draine pas et n'assure nullement la vidange de l'estomac. Il sera donc impossible entre les deux temps de remonter suffisamment l'état général du malade, et aussi, par ailleurs de faire diminuer l'inflammation péri-lésionnelle si fréquente.

D'autre part, si, précisément dans ces intentions la bouche de gastro-entérostomie a été établie en bonne position, donc près du pylore, le deuxième temps s'en trouvera compliqué, bien plus long, donc bien

plus shockant, puisqu'il devra, étant donné ici la nécessité d'une gastrectomie large, comporter nécessairement la suppression de la bouche de gastro-entérostomie, le rétablissement de la continuité jéjunale d'autre part, et enfin la réfection d'une nouvelle anastomose gastro-jéjunale.

PAUCHET, enfin, prétend que les résultats éloignés de ces gastrectomies classiques en deux temps sont plus mauvais que ceux des gastrectomies en un temps. Tous ses malades opérés en deux temps avec conservation de la première anastomose sont morts dans l'année. D'où PAUCHET conclut en disant que les récidives sont plus fréquentes chez les sujets où la résection secondaire de la bouche n'a pas été pratiquée.

Ceci ne fait alors que poser une alternative de plus et véritablement malencontreuse au sujet de l'orifice de gastro-entérostomie : ou bien, si on l'a faite près du pylore, s'exposer en la conservant à des récidives précoces, ou bien la supprimer, mais augmenter dès lors considérablement la durée, et partant le shock opératoire du deuxième temps.

Récemment, MM. DIDIER et BOMPART ont décrit sous le nom de gastro-jéjunostomie à éperon, une nouvelle technique de gastrectomie en deux temps. Certes, elle permet de conserver au moment de l'exérèse secondaire une implantation gastro-jéjunale fonctionnant normalement.

Mais elle diffère de la technique que nous décrivons par un point essentiel :

La section de la petite courbure n'est faite et complétée qu'au cours du deuxième temps. Il ne s'agit donc là que d'une exclusion partielle et non totale, puisqu'il persiste un véritable couloir le long de la petite courbure. Nous croyons que, tout au moins en ce qui concerne les cancers gastriques qui nous intéressent ici, cette méthode opératoire présente sinon moins d'intérêt, du moins plus de difficultés. En effet, et MM. DIDIER et BOMPART le disent eux-mêmes, que de peine doit-on parfois rencontrer pour suturer dans des tissus souvent infiltrés et friables la pointe supérieure de la bouche de gastro-entérostomie — et ceci même en usant d'artifices, même en faisant par exemple cette pointe non pas droite, mais arrondie et sans angle vrai.

,

L'EXCLUSION GASTRIQUE HAUTE EN TANT QU'OPERATION PALLIATIVE

Il nous reste à parler de l'exclusion haute comme opération palliative dans les cancers gastriques macroscopiquement trop évolués, trop étendus pour être extirpables, mais où il reste, bien entendu, suffisamment d'étoffe pour faire une section haute de l'estomac. Pourquoi ne pas faire simplement dans ces cas une gastro-entérostomie classique.

Nous verrons ultérieurement que l'utilisation de la pince de von PETZ, surtout si l'on se décide pour une anastomose type HOFFMEISTER-FINSTERER, permet d'établir cette anastomose en un temps relativement court. Certes un peu plus long que celui nécessaire à l'établissement d'une gastro-entérostomie simple, mais certainement peu shockant.

Et surtout, nombreux et classiques sont les cas, où devant des lésions en apparence manifestement cancéreuses, on s'était contenté d'une anastomose gastro-jéjunale classique, et où, ultérieurement, l'évolution favorable du tableau clinique a obligé l'opérateur à réintervenir pour trouver cette fois à la lésion des ca-

ractères totalement différents, un aspect ulcéreux franc. C'est dans ce cas que l'on se trouvera bien d'avoir fait primitivement une section haute première de l'estomac.

Enfin il est des cas de cancers gastriques infectés, où l'élément inflammatoire semble de prime abord devoir rendre inextirpable la masse néoplasique, qui, quelque temps après, apparaît comme parfaitement enlevable.

LE MOIGNON GASTRIQUE EXCLU

Il nous reste avant d'aborder le chapitre technique à donner quelques précisions sur le moignon gastrique exclu.

I. — Le drainage de cette poche gastrique est un point important de la tactique opératoire.

Il s'agit en effet le plus souvent de cancers pyloriques, sténosants, et il est intéressant de ne point laisser s'accumuler le liquide de stase.

Il est en effet toxique, et plusieurs examens (voir observations V, VI) de ce liquide recueilli par la sonde de drainage l'ont montré hyperseptique, fourmillant de colibacilles. Enfin, comme dans la majorité des cas de néoplasme gastrique, ce liquide était hypoacide.

La toxicité de ce liquide de stase est bien montrée à la lecture de l'observation III. Il s'agit d'un cas de sténose pylorique très avancée où le drainage de la poche exclue n'avait pas été pratiqué. Dans les jours qui suivirent l'opération, le malade présenta d'im-

portants phénomènes d'intoxication, avec une température élevée et des signes généraux alarmants. En même temps, on notait dans la région épigastrique, une tension anormale. Ces phénomènes ne se sont amendés que le cinquième jour, en même temps que s'installait une diarrhée rebelle.

Ces phénomènes paraissent bien avoir été provoqués par la rétention de ce liquide hyperseptique dans la poche gastrique.

C'est d'ailleurs pour cette même raison, qu'au moment d'installer le système de drainage, on aspirera tout le contenu du moignon gastrique exclu.

II. — Comment faut-il drainer.

La technique en est très simple. Par une petite incision des tuniques gastriques, une sonde de PETZER est introduite dans le moignon et enfouie ensuite sous un court trajet par le procédé de WITZEL. Les fils qui servent à former le petit tunnel d'enfouissement sont pour terminer amarrés à la paroi, et viennent accoler à cette dernière le moignon gastrique.

Cette sonde permettra d'ailleurs les jours suivants de réaliser des lavages de ce moignon, par un véritable système de pompe à eau. Il suffira pour cela d'y adapter un système très simple de tubulures. De cette manière, les liquides toxiques qui pourraient se former dans cette poche exclue sont entièrement évacués grâce à ce drainage continu.

III. — Combien de temps la sonde doit-elle être laissée en place.

Au début, le liquide recueilli est sanglant, très abondant. Puis, peu à peu, rapidement d'ailleurs, en même temps qu'il devient incolore, sa quantité diminue.

A ce moment, en moyenne vers le dixième jour, la sonde de drainage peut être supprimée.

IV. — Que deviennent, au point de vue anatomo-pathologique, les tuniques de cette poche gastrique.

Plusieurs examens histologiques (voir observations V, VI) en ont été effectués grâce à l'obligeance de la Doctoresse DOBKIEWITCH. Ils n'ont pas montré de faits absolument concluants.

Toutefois « l'existence d'une couche muqueuse très amincie, de tubes glandulaires rares, présentant des digitations moins nombreuses, en même temps que plus espacées — par contre la présence d'un œdème toujours très important de la sous-muqueuse avec cependant à ce niveau de très nombreux leucocytes, témoignage d'importants foyers inflammatoires », semblent pour le moins intéressants.

A vrai dire, il est difficile de comparer ces lésions en quelque sorte atypiques, à celles d'une gastrite

atrophique, encore que l'exclusion de cette muqueuse gastrique soit vraiment par trop récente pour pouvoir la provoquer, puisqu'elle ne datait dans la moyenne des cas que de deux à trois semaines.

Par ailleurs, le Docteur D'ALLAINES a fait examiner à plusieurs reprises par la Doctoresse DOBKIEWITCH des fragments de sutures par l'appareil de von PETZ, prélevés également au niveau de cette poche exclue.

Macroscopiquement d'ailleurs, ces sutures ne présentaient rien d'anormal. Il n'y avait à leur niveau ni désunion, ni suffusion hémorragique.

Au point de vue histologique, les couches muqueuses avaient évidemment disparu. Mais les couches musculieuses apparaissaient comme parfaitement accolées. On notait cependant, tout autour des agrafes métalliques, d'assez importants foyers inflammatoires, et de nombreux petits corpuscules, ayant l'apparence de petits corps étrangers.

V. — Il nous reste à signaler les importantes adhérences post-opératoires.

On les rencontre constamment au niveau de cette poche gastrique, quand, au cours du deuxième temps, on veut la libérer. C'est pourquoi nous insisterons de nouveau sur la nécessité, pour faciliter l'exérèse secondaire, de placer l'anastomose gastro-jéjunale en position sous-mésocolique. Nous y reviendrons ultérieurement.

TECHNIQUE

Avant d'aborder les détails d'exécution technique au cours des différents temps opératoires, nous voudrions dire quelques mots sur l'emploi de la pince de VON PETZ.

Nous ne voulons nullement soulever à nouveau la question déjà tant de fois débattue des avantages ou des inconvénients de cet appareil.

Il est en fait reconnu actuellement qu'il ne supprime aucunement l'hémostase, qu'en effet après section de la tranche, on voit sur les bords de celle-ci soudre le sang et qu'il faille, comme dans tous les procédés de gastrectomie, poser des ligatures pour assurer l'hémostase.

Il est admis également que pour utiliser la pince de VON PETZ avec quelque utilité, il faille un sujet maigre, un thorax large, un estomac facilement extériorisable, de manière à pouvoir faire remonter l'appareil haut sur l'estomac et faire une gastrectomie large.

D'autre part, si on exécute l'implantation gastro-jéjunale suivant la technique de REICHEL-POLYA, l'em-

ploi du VON PETZ n'offre que peu d'intérêt, quoique là encore la fermeture rapide du moignon gastrique exclu ait une valeur appréciable. Si cependant, comme on le lira dans les observations qui suivent, la pince de VON PETZ a souvent été utilisée, c'est pour deux raisons principales, qui toutes les deux d'ailleurs visent à diminuer la durée de l'acte opératoire et par tant à en réduire le shock.

Après la section haute de l'estomac, la tranche gastrique inférieure est déjà fermée, et il ne reste qu'à l'enfourir rapidement sous un surjet de fil de lin.

D'autre part, puisque le plus souvent l'opérateur se trouvera en présence d'un estomac cancéreux en état de sténose et donc dilaté, il sera en général indiqué de réduire la hauteur de la bouche de gastro-jéjunostomie, et de faire celle-ci suivant la technique de HOFFMEISTER-FINSTERER.

Or, grâce à la pince de VON PETZ, la fermeture du bout supérieur de la tranche gastrique proximale, source habituelle des fistules gastriques, est déjà assurée, et il ne reste, après hémostase rapide, qu'à l'enfourir elle aussi rapidement à l'aide d'un surjet ou de points séparés.

Bien entendu, nous ne voulons nullement insinuer par là que la pince de VON PETZ soit indispensable. Elle n'est simplement qu'un adjuvant utile, permettant peut-être en outre de pratiquer plus proprement l'opération.

Premier temps.

Nous insisterons sur l'importance des soins pré-opératoires, lavages d'estomac, vaccination ou auto-hémothérapie pour prévenir les complications pulmonaires, soins dentaires, sérum glucosé, digitaline, transfusions pour remonter l'état général. Ce sont là soins connus, et nous ne nous y attarderons pas davantage.

ANESTHESIE.

Elle a une importance capitale. Plus encore que dans les ulcères gastriques, l'anesthésie locale trouve ici une indication majeure.

Nous dirons quelques mots de la technique même de cette anesthésie locale, dont les différents temps ont été récemment précisés et réglés par MM. les Docteurs ROUX-BERGER et JOURDAN. Nous n'en donnerons d'ailleurs ici que les grandes lignes.

On utilisera une solution de novocaïne à 1 p. 200 ou la solution de KIRSCHNER dont l'action se fait sentir plus longtemps.

Il faut faire :

1° une anesthésie de la paroi, comprenant une infiltration linéaire de la peau, de la graisse sous-cutanée, puis de l'aponévrose sous-jacente. Le péritoine étant

incisé, l'espace sous-péritonéal est infiltré de chaque côté par quatre ou cinq ponctions.

Les angles de la plaie, et surtout l'angle inférieur doivent être soigneusement infiltrés.

2° Une infiltration haute de la petite courbure, permettant d'une part de dégager la partie haute de l'estomac et d'autre part par le blocage du pneumogastrique d'atténuer sans doute les complications pulmonaires.

3° Une infiltration de la région cœliaque à travers une brèche faite dans le ligament gastro-colique, permettant d'infiltrer le carrefour cœliaque au niveau du bord supérieur du pancréas.

4° Enfin une infiltration de la racine du mésocolon transverse, rendra aisées toutes les manœuvres sur le mésocolon et la première anse jéjunale.

Il est inutile pour cette exclusion gastrique d'infiltrer la gouttière duodéno-pancréatique, puisqu'en effet dans ce temps opératoire, le duodénum ne subit aucune traction.

Disons enfin pour en terminer avec cette question de l'anesthésie que bien souvent, au moment de la fermeture de la paroi, il sera nécessaire soit d'infiltrer à nouveau les plans cutanés, soit de donner quelques gouttes d'anesthésique au malade.

En ce qui concerne la technique de l'exclusion gastrique haute, nous ne décrivons que les points principaux exécutés suivant le procédé de HOFFMEISTER-FINSTERER.

La gastrectomie est en effet actuellement une opération de pratique courante, et dont les détails techniques sont universellement répandus.

En voici simplement un schéma :

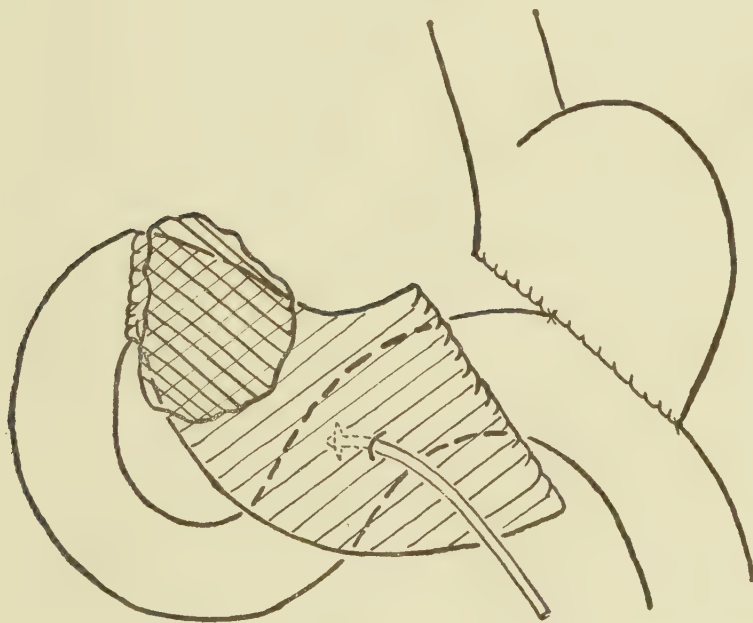


SCHÉMA N° 2.

Trois points essentiels retiendront donc notre attention :

1° L'extrémité supérieure de la tranche gastrique proximale est fermée soigneusement en queue de raquette en deux plans par un surjet au fil de lin ou mieux par des points séparés. Si l'on s'est servi de la pince de von PETZ — mais elle n'est pas indispensable, cet enfouissement peut être fait rapidement. C'est là, au niveau de la partie supérieure de la tranche gastrique, qu'est le plus souvent l'origine des fistules gastriques post-opératoires. Il nous a semblé que grâce à l'emploi de la pince de von PETZ cette complication pouvait être en général supprimée.

2° L'anastomose gastro-jujénale doit être établie en position sous-mésocolique, comme d'ailleurs dans toute gastrectomie. Mais ici plus qu'ailleurs, si l'on veut s'éviter d'énormes difficultés opératoires au cours du deuxième temps. Il serait en effet fort ardu de retrouver à ce moment les plans de clivage nécessaires et d'autre part le moignon gastrique exclu risquerait de venir s'accoler et d'adhérer aux sutures de l'anastomose gastro-jéjunale. Nous insisterons donc tout spécialement sur la nécessité, ici plus que dans toute autre gastrectomie, de placer l'anastomose en position sous-mésocolique.

3° En ce qui concerne la fermeture du moignon gastrique exclu, FISTERER insiste sur la nécessité de sa solidité tout à fait spéciale, en plusieurs plans à points séparés. Il y ajoute même une épiplooplastie,

arguant de la friabilité des tuniques gastriques infiltrées ou enflammées.

En fait, surtout si l'on a pris la précaution d'évacuer et de drainer cette poche, il semble bien que la tension liquidienne n'y soit point exagérée et ne soit pas un danger pour la solidité des sutures.

Si l'on a utilisé la pince de VON PETZ, après hémostase rapide de cette tranche, la suture est enfouie facilement et rapidement par un surjet de fil de lin.

L'épiplooplastie ne nous a jamais paru nécessaire et, dans les observations qui suivent, nous n'avons jamais observé d'ennuis de ce côté.

Cependant, chaque fois que l'on se trouve en présence d'un estomac dilaté, il est bon, après avoir aspiré son contenu, de le drainer avec une petite sonde de Petzer. Celle-ci, introduite à travers une brèche faite dans les tuniques gastriques, est enfouie sous un tunnel séro-séreux, suivant la technique de WITZEL et amarrée ensuite à la paroi par les fils qui terminent l'enfouissement de cette sonde.

Ce drainage permettra non seulement d'éviter aux sutures du moignon une tension exagérée, mais surtout, et nous y avons déjà insisté, d'éviter aussi de graves phénomènes de résorption.

Quant à la fermeture de la paroi, il est bien évident que s'il faut aller vite, la fermeture en un plan est indiquée.

Toutefois, si l'état général du malade le permet et si aussi le péritoine s'y prête — ce qui, à vrai dire,

n'est pas toujours le cas dans l'étage sus-ombilical de l'abdomen — un bon surjet péritonéal facilitera certainement le début du deuxième temps.

SUITES OPERATOIRES.

Elles sont parfois difficiles et pénibles. C'est cependant l'exception.

Le liquide de drainage se tarit peu à peu. De sanglant, il devient bientôt incolore et dès que la sonde ne donne plus, on l'enlève vers le dixième jour en moyenne.

Deuxième temps opératoire.

L'exérèse du moignon cancéreux exclu.

Nous avons vu que ce deuxième temps devait suivre assez vite, dans un délai assez court, de quinze jours à trois semaines.

Nous avons vu aussi qu'il était parfois refusé par des malades très améliorés et se croyant guéris, et qu'il serait peut-être nécessaire de les avertir de la véritable nature de leur affection.

Par ailleurs, une nouvelle anesthésie locale est ici difficilement acceptée par le malade, et comme d'autre part, l'infiltration par la novocaïne est souvent imparfaite dans ces tissus fibreux et cicatriciels, on en est souvent réduit à utiliser l'anesthésie générale, encore qu'il soit possible de faire une anesthésie rachidienne haute.

Le début de ce deuxième temps d'exérèse est toujours un peu pénible.

C'est qu'en effet de nombreuses adhérences se sont contractées entre la paroi, l'estomac, le méso-colon, et il est certain que la production de ces adhérences est favorisée par la mise en place de la sonde de Petzer qui vient accoler à la paroi la poche gastrique exclue.

Toujours est-il que la libération est au début laborieuse, et qu'il est difficile de séparer du mésocolon

et de la paroi, le moignon gastrique exclu. Il est bien entendu qu'il faut faire ici une libération de gauche à droite, et qu'enfin, puisqu'il s'agit d'un néoplasme, il faut exécuter un décollement gastro-colique et une exérèse ganglionnaire large.

Un des temps certainement le plus délicat et aussi le plus dangereux est la libération du mésocolon. Il faut s'efforcer à ce moment de disséquer doucement et méthodiquement, faute de quoi, on risquerait de blesser les artères qui y cheminent.

Cependant, si le début de ce deuxième temps est souvent laborieux, très rapidement, il faut le noter, la situation s'éclaircit et l'exérèse se poursuit facilement.

Elle se termine par la section du duodénum, selon un des nombreux procédés actuellement classiques.

Là encore, à la condition bien entendu, de se trouver en présence d'un duodénum montant et s'extériorisant facilement, la pince de Von Petz peut être utilisée avec avantage.

Cependant, son emploi n'a ici rien de notablement remarquable, et n'est, somme toute, qu'une commodité de plus.

Suites opératoires.

Nous insisterons, en terminant, sur la bénignité des suites opératoires de ce deuxième temps d'exérèse.

C'est là, nous y insisterons tout particulièrement,

un des caractères tout à fait marquants de cette tactique.

Les suites opératoires sont toujours simples et faciles. Le shock opératoire est véritablement réduit au minimum. Le malade supporte admirablement ce deuxième temps, exécuté évidemment dans des conditions meilleures.

Toujours est-il que ceci mérite d'être retenu, et fait un contraste saisissant avec la mortalité post-opératoire des gastrectomies en un temps pour cancer.

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous avons recueillies, sept d'entre elles concernent des cas opérés en deux temps.

Quatre autres observations ont trait à des cas où l'exclusion haute de l'estomac a été faite à titre surtout palliatif.

I. — OBSERVATIONS DE GASTRECTOMIES EN DEUX TEMPS

Parmi celles-ci, nous nous excusons de comprendre une observation d'ulcus gastrique. C'est l'observation n° VI.

Elle concerne des lésions qui autant à la première intervention, qu'au cours du deuxième temps, avaient un aspect macroscopiquement cancéreux, et qui ne se sont révélées comme ulcéreuses qu'à l'examen histologique.

OBSERVATION N° I

M^{me} S..., 54 ans.

Epithélioma de la partie horizontale de l'estomac chez une femme fatiguée et anémique.

Premier temps. 17 juin 1933. Opérat. M. D'ALLAINES.

On découvre un épithélioma extirpable occupant la région horizontale de l'estomac. Il existe des ganglions dans les mésentères. Etant donné l'état général, on décide de ne faire que le premier temps de l'opération.

L'estomac est sectionné avec la pince de VON PETZ largement au-dessus de la tumeur. Le bout supérieur est anastomosé à la FINSTERER. Le bout inférieur de l'estomac est fermé en deux plans de suture au fil de lin. On laisse un drain sous-hépatique. La paroi est fermée en un plan.

Deuxième temps. 8 juillet 1933.

On procède à l'extirpation de la partie inférieure de l'estomac avec la tumeur.

L'opération est rendue difficile par la présence d'adhérences. On est obligé de pénétrer dans le pancréas et de faire de nombreuses ligatures.

Le duodénum est fermé en trois plans.

On laisse un drain sous-hépatique.

L'examen histologique de la pièce montre un épithélioma mucipare, présentant une architecture en petits cordons et en cellules disséminées.

La malade a été revue le 22 octobre 1938, donc cinq ans après l'intervention. Elle se portait bien, avait des digestions normales, et avait engraisé de plusieurs kilogs.

OBSERVATION N° II

M^{me} M..., 61 ans.

Malade présentant un syndrome de sténose pylorique important et un diagnostic radiologique hésitant à se prononcer entre un ulcus ou un cancer.

Premier temps. 4 août 1933. Op. M. D'ALLAINES.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On découvre un néoplasme de la petite courbure, juxta-pylorique. La malade est par trop fatiguée pour subir à ce moment une gastrectomie. Aussi dé-

cide-t-on de faire une section haute de l'estomac à sept cms environ au-dessus du néoplasme.

Cette section est faite à la pince de VON PETZ. On enfouit le bout inférieur sous deux plans de suture, et l'on pratique une anastomose gastro-jéjunale suivant la technique de FINSTERER.

Cette anastomose est placée sous-mésocolique.

La paroi est fermée en deux plans sans drainage.

Les suites opératoires sont bonnes, et moins de trois semaines après, on peut réintervenir.

Deuxième temps. 23 août 1933.

On résèque l'ancienne cicatrice.

On libère des adhérences importantes. On fait l'exérèse de la tumeur gastrique exclue.

Le duodénum est sectionné et fermé en deux plans au large de la tumeur.

La paroi est fermée en deux plans sous drainage.

L'examen histologique de la pièce conclut à l'existence d'un épithélioma glanduliforme, infiltrant toute l'épaisseur de la paroi gastrique.

La malade sort de l'hôpital trois semaines plus tard, en excellent état.

Elle n'a pu être revue.

OBSERVATION N° III

M. F. L..., 69 ans, est vu le 6 juin 1934 pour un syndrome de cancer pylorique sténosant.

Le début clinique remonte à un an, mais semble s'être greffé sur un ancien syndrome d'ulcère pylorique.

Actuellement, le malade souffre de douleurs continues avec paroxysmes, il vomit souvent, vomissements ramenant des aliments ingérés deux à trois jours auparavant. Il a maigri de quinze kilogs et présente un teint pâle et de l'asthénie.

A l'examen, l'abdomen est un peu distendu dans la région épigastrique. La peau est plissée, témoignant de l'amaigrissement.

La radiographie montre du liquide de stase et une image d'amputation pylorique étendue à une partie de la portion horizontale de l'estomac.

Les examens de laboratoire montrent une urée sanguine à 0,32, une anémie à 2.900.000 G. R. et un temps de saignement et de coagulation normaux.

On décide d'opérer en deux temps, étant donné l'état général du malade.

Premier temps, 18 mai 1934. Opér. M. d'ALLAINES.

Anesthésie locale.

On découvre une tumeur pylorique qui paraît en-

levable. Elle est mobile, et ne pénètre pas dans le pancréas. Il existe au-dessus et au-dessous de gros ganglions manifestement envahis. On pratique une section haute de l'estomac avec anastomose à la FINSTERER. La section est faite à la pince de VON PETZ. Le bout inférieur est enfoui sous deux plans de suture.

La paroi est fermée sans drainage.

Les suites opératoires ont été tout d'abord inquiétantes. Presque immédiatement après l'opération, la température s'est élevée et s'est maintenue pendant quinze jours aux environs de 39° pour décroître après progressivement.

En même temps, le malade présentait un état général très médiocre, avec pouls rapide, langue sèche, asthénie profonde.

Il accusait en outre une sensation de tension et de douleur dans la région épigastrique, qui nous a fait penser que ces manifestations étaient dues à une rétention septique dans la poche gastrique exclue.

Au bout de cinq jours, ces phénomènes se sont amendés, en même temps qu'apparaissait une diarrhée rebelle à toute thérapeutique et qui a duré environ quinze jours.

L'état général du malade s'est amélioré progressivement et la deuxième opération a été pratiquée le 21 juillet 1934, soit deux mois après la première, retardée par les suites opératoires.

Deuxième temps. 21-7-34.

Gastrectomie de toute la portion exclue dépassant de deux centimètres le pylore, soit de quatre centimètres la tumeur. On fait une résection importante des deux courbures de manière à dépasser les territoires ganglionnaires. Il faut noter que les ganglions paraissaient plus petits que lors de la première opération.

Le duodénum est fermé à la pince de VON PETZ et enfoui sous deux plans.

La paroi est fermée en un plan avec drainage.

Cette opération fut rendue difficile, surtout du fait d'adhérences importantes contractées par la portion exclue de l'estomac.

Les suites opératoires furent très simples. Le malade sortit de l'hôpital le 12^e jour.

L'examen histologique de la pièce a montré l'existence d'un épithélioma cylindrique.

Des nouvelles du malade ont été reçues en juin 1938, soit quatre ans après l'opération. Le malade disait se bien porter, avoir engraisé de huit kilogs et n'avoir aucun trouble digestif.

OBSERVATION N° IV

M. K..., 50 ans, vu en octobre 1935.

Cancer de l'estomac, de la portion horizontale et non sténosant.

Le début clinique remonte à six mois auparavant. Le malade très anémié, fébrile, a maigri de 17 kilogs. On sent à la palpation une tumeur épigastrique. Diagnostic : Cancer gastrique à forme fébrile et anémiant.

Premier temps. 10 octobre 1935. Op. M. d'ALLAINES.

On découvre une tumeur volumineuse adhérente au pancréas, mais paraissant extirpable. On pratique une exclusion suivant la technique habituelle avec drainage de la poche inférieure. Les suites opératoires sont relativement simples. La température s'élève d'abord à 39°, puis descend progressivement.

Deuxième temps. 3 novembre 1935. Chez un malade en bon état. Une numération globulaire montre 4.300.000 G. R.

La gastrectomie est difficile à cause des adhérences pariétales et pancréatiques.

Il semble toutefois que les adhérences au pancréas soient moins importantes qu'on ne les avaient vues lors du premier temps opératoire.

L'examen histologique de la pièce montre un épithélioma cylindrique.

Des nouvelles du malade ont été reçues en janvier 1938, donc plus de deux ans après l'opération. Le malade disait aller bien et avoir engraisé de dix kilogs.

OBSERVATION N° V

M. L. H..., 49 ans.

Ce malade présente depuis un mois un syndrome de sténose pylorique marquée, constitué par des douleurs gastriques, apparaissant après les repas, calmées par des vomissements alimentaires abondants et fétides. La radiographie confirme ce syndrome en montrant une sténose pylorique totale. Le malade a maigri en un mois de huit kilogs; il est anorexique. Son état général est médiocre, une numération globulaire montre une anémie à 2.500.000 G. R.

Premier temps. 18 mai 1938. Op. M. D'ALLAINES.

Anesthésie locale.

On découvre un volumineux néoplasme juxta-pylorique complètement sténosant. L'état général et la sténose interdisent une exérèse en un temps. Toute-

fois l'examen montre que cette tumeur est enlevable, malgré la présence d'adhérences postérieures et de gros ganglions le long de la petite courbure. On décide donc de pratiquer une exclusion gastrique. Celle-ci est rendue difficile et longue par la nécessité de sectionner l'estomac très haut : Anastomose à la FINSTERER. Section à la pince de VON PETZ. Le bout gastrique inférieur est enfoui et drainé par une sonde de PETZER enfouie à la WITZEL.

A noter qu'il a été impossible de rendre l'anastomose sous mésocolique, celle-ci étant trop haut située.

Un examen histologique d'un ganglion prélevé le long de la petite courbure le montre indemne de lésions néoplasiques.

Les jours suivants, la sonde donne issue à une quantité considérable de sang et de liquide sanieux. Plusieurs examens histo-bactériologiques de ce liquide le montrent hypoacide, fourmillant de colibacilles et de leucocytes.

Le 20 juin, une numération globulaire indique une anémie à 2.250.000 G. R.

Le 2 juillet, le liquide recueilli par la sonde étant devenu incolore, moins abondant, moins septique, celle-ci est enlevée, cependant que l'état général du malade remonte progressivement. On est cependant obligé d'attendre le 22 juillet pour pouvoir réintervenir.

Deuxième temps, 22 juin 1938.

Anesthésie locale que l'on est obligé de compléter à l'éther.

L'intervention est rendue extrêmement difficile au début par les adhérences non seulement au niveau de l'estomac exclu, mais encore au niveau de la tumeur qui adhère au corps du pancréas.

Le duodénum est sectionné au VON PETZ et enfoui en deux plans. L'hémostase du pancréas est difficile. On laisse une mèche cellophane à son contact.

L'examen macroscopique de la pièce montre un estomac rétracté, très épais, et une tumeur pylorique sténosante. Il existe une surface ulcérée, ayant un aspect lisse, un peu inhabituel, éveillant l'idée d'un processus pseudo-atrophique.

La suture au VON PETZ de la tranche gastrique exclue ne présente aucun aspect anormal.

L'examen histologique de la tumeur révèle un épithélium glanduliforme typique.

Suites opératoires. Les jours suivants, un important suintement de liquide pancréatique s'écoule par le drain et la mèche. Mais ce suintement, qui d'ailleurs n'atteint nullement l'état général du malade, cesse au bout d'une dizaine de jours.

Le malade se remonte progressivement. Le 9 juillet une numération globulaire donne déjà 3.100.000 G. R.

Le malade sort de l'hôpital le 20 juillet.

Il revient dans le service au début de novembre. Son état général a décliné rapidement depuis quelques semaines. Il s'agit sans doute d'une récédive.

OBSERVATION N° VI

M. M..., 64 ans.

Le malade souffre depuis 4 ans de douleurs à siège épigastrique, peu intense, évoluant par crises, s'accompagnant de vomissements alimentaires ou biliaires. Actuellement ces vomissements sont abondants et renferment du liquide de stase. Le malade a maigri de cinq kilogs. Il est anémié. Une numération globulaire dénote une anémie marquée à 2.700.000.

La radiographie montre des signes de sténose gastrique.

Premier temps. 18 juin 1938. Op. M. d'ALLAINES.

Anesthésie : novocaïne.

Laparotomie sus-ombilicale. On découvre une volumineuse masse pylorique, infiltrant très largement le pancréas. Toutefois, cette masse est extériorisable du fait de la maigreur du sujet ptosique.

L'importance de la masse, l'âge du malade, l'histoire même du malade sont en faveur du néoplasme.

Mais l'absence de ganglions, l'apparence inflammatoire par endroits, la présence d'un cratère palpable à travers les tuniques gastriques éveille l'hypothèse d'un ulcère.

Cependant la sténose, l'état général médiocre, l'anémie à deux millions, font écarter la gastrectomie en un temps.

On pratique donc une exclusion gastrique. Section de l'estomac à la pince de VON PETZ. On exécute une anastomose gastro-jéjunale suivant la technique de FINSTERER, en deux plans au fil de lin.

La fermeture de la brèche mésocolique est faite de manière à placer l'anastomose sous-mésocolique.

La tranche inférieure est enfouie au fil de lin. Le cul-de-sac inférieur de l'estomac est drainé par une sonde de PETZER enfouie à la WITZEL.

La paroi est fermée en 3 plans.

Les jours suivants, des examens du liquide recueilli par la sonde donnent des résultats en tous points comparables à ceux de l'observation précédente.

L'état général du malade remonte progressivement. Son appétit renaît. La sonde de PETZER est enlevée le 2 juillet, à un moment où le liquide qu'elle recueille est devenu rare et incolore.

Le 7 juillet une numération globulaire montre 2.900.000 G. R.

Deuxième temps. 13 juillet 1938.

On fait une tentative d'anesthésie locale que l'on complète à l'éther.

Il existe des adhérences considérables entre la paroi, l'estomac et le foie. On libère progressivement l'estomac, difficilement d'abord, puis facilement.

La tumeur a diminué dans des proportions considérables. Elle représente maintenant un petit bloc calleux situé à la partie postérieure du pylore et adhère au pancréas.

La libération de la tumeur du pancréas au thermocautère est un peu hémorragique.

Section et fermeture du duodénum.

On laisse un drain sous-hépatique.

La paroi est fermée en un plan.

La pièce montre un estomac rouge, surtout dans la région pylorique, où il existe une ulcération pénétrante et calleuse. Elle ne paraît pas dégénérée. La suture de l'exclusion au VON PETZ semble être parfaite, sans solution de continuité, ni plaques hémorragiques.

Un examen histologique a confirmé cet examen macroscopique; il s'agit d'un ulcère gastrique banal.

Suites opératoires. — Le malade a été revu en décembre. Il jouit d'un excellent appétit. Ses digestions sont normales. Il a engraisé de huit kilogs en trois mois.

II. — EXCLUSIONS HAUTES DE L'ESTOMAC FAITES A TITRE PALLIATIF

OBSERVATION N° VII

M. L. V..., 58 ans.

Le malade, opéré il y a 12 ans, d'une perforation gastrique d'origine ulcéreuse, revient pour des douleurs abdominales, et pour des hémorragies digestives.

La radiographie montre un duodénum déchiqueté. Il s'agit, soit d'un ulcère qui récidive, soit plutôt d'un néoplasme, comme pourrait le faire craindre l'âge avancé du malade, et son état général très atteint.

Premier temps. 2 novembre 1932. Op. M. d'ALLAINES.

Anesthésie locale complétée à l'éther.

Il existe des adhérences modérées, dues à l'opération primitive. On découvre une tumeur importante occupant le pylore et la première portion du duodé-

num. Cette tumeur se prolonge dans le pancréas, et il est difficile de se rendre compte de la possibilité de son extirpation.

On décide donc de commencer l'opération comme pour une exérèse. Section haute de l'estomac et anastomose à la HOFFNEISTER-FINSTERER en deux plans. L'anastomose est rendue sous-mésocolique.

On explore le segment gastrique inférieur. La tumeur envahit le bord supérieur du pancréas. Celui-ci est attirable vers la paroi. Toutefois l'âge du malade et son état général semblent contre-indiquer formellement toute intervention longue.

Aussi se borne-t-on à fermer en trois plans le segment inférieur, remettant à plus tard, si elle est possible, l'exérèse complète.

On draine par une mèche cellophane. La paroi est fermée en un plan aux crins doubles.

Les suites opératoires sont excellentes. Cependant le malade refuse une dernière intervention, et quitte le service.

Des nouvelles de lui ont été reçues en novembre 1938, donc six ans après la première intervention.

Le malade se porte bien, ne suit aucun régime, et a des digestions absolument normales.

OBSERVATION N° VIII

M^{me} C..., 56 ans.

Cette malade présentait depuis quelques semaines un syndrome clinique et radiologique de sténose pylorique.

Premier temps. 2 octobre 1935. Op. M. D'ALLAINES.

Il existe une tumeur pylorique, formant boudin, remplissant l'antre et le pylore. Il n'y a pas de ganglions. Le foie a un aspect normal.

On décide de faire une gastrectomie en deux temps.

L'estomac est sectionné le plus haut possible, à la pince de VON PETZ, à sept centimètres du cardia. On pratique une anastomose type FINSTERER à anse longue, complétée par une jéjuno-jéjunostomie.

La partie inférieure de l'estomac est fermée et enfouie en deux plans, réalisant une exclusion gastropylorique.

La paroi est fermée en deux places sous drainage.

Aussi courte qu'ait été l'intervention, la malade ne la supporte pas et meurt les jours suivants dans un syndrome de shock.

OBSERVATION N° IX

M. F..., 53 ans.

Ce malade présente des signes cliniques et radiologiques de néoplasme gastrique.

Premier temps. Op. M. D'ALLAINES. 26 mai 1937.

Il existe un néoplasme gastrique sténosant, qu'accompagne un chapelet de ganglions le long du pédicule hépato-pylorique. Aucune extirpation n'est possible. On décide cependant de pratiquer une exclusion de toute la portion horizontale de l'estomac.

On sectionne verticalement l'estomac et l'on fait une anastomose gastro-jéjunale sous-mésocolique suivant la technique de FINSTERER.

La ligne de section du bout inférieur est enfouie.

Etant donné la sténose pylorique, on draine le cul-de-sac gastrique à l'aide d'une sonde de PETZER.

La paroi est fermée en deux plans.

Le malade a survécu encore neuf mois. Après quelques mois de bien-être, son état a de nouveau empiré, l'anorexie a réapparu, et le malade est décédé en février 1938.

OBSERVATION N° X

M. Z...

Il s'agit d'un malade présentant un syndrome gastrique hémorragique, une anémie à 1.900 000 G. R., une sténose clinique et radiologique. Le diagnostic hésite entre un cancer et un ulcus. Cependant l'indication opératoire est formelle, car l'hémorragie ne s'arrête pas.

Premier temps. 21 juillet 1937. Op. M. d'ALLAINES.

Anesthésie locale complétée au protoxyde d'azote. Il existe une grosse tumeur pylorique sténosante, dont il est difficile de préciser macroscopiquement la nature ulcéreuse ou cancéreuse. Elle adhère complètement au pancréas. Ce dernier doit être la source des hémorragies. Enfin cette tumeur avance jusqu'au pédicule hépatique.

Toutefois, le caractère néoplasique de cette tumeur semble être prouvé par une induration postérieure, représentant peut-être une métastase le long de l'artère hépato-pylorique.

La gastrectomie ne peut être tentée, car elle serait trop shockante chez ce malade particulièrement fatigué. Comme par ailleurs, la gastro-entérostomie simple apparaît comme insuffisante pour arrêter ces

hémorragies, on décide de pratiquer une exclusion, qui semble devoir être la meilleure solution. Le moignon gastrique exclu est drainé.

Les suites opératoires de ce premier temps sont excellentes. L'état général du malade remonte rapidement. Cependant le malade refuse le deuxième temps opératoire.

Il a été revu en mai 1938. Il avait engraisé de 14 kilogs, mais se plaignait encore de douleurs abdominales.

RESULTATS

Avant d'envisager les résultats tant immédiats qu'éloignés de ces interventions, nous répèterons à nouveau que celles-ci n'ont eu lieu uniquement que dans les cas en quelque sorte désespérés, c'est-à-dire chez des malades où l'état général profondément touché et l'intensité de la toxémie cancéreuse rendaient éminemment aléatoire le pronostic immédiat d'une gastrectomie d'emblée.

1) *Mortalité post-opératoire.*

Parmi les dix observations que nous citons, nous ne relevons qu'une seule mort post-opératoire (obs. VIII), c'est-à-dire une mortalité immédiate de 10 pour 100, donc minime, si l'on veut bien tenir compte de la gravité des cas opérés.

2) *Résultats éloignés des gastrectomies en deux temps par exclusion haute première.*

Nous laisserons de côté l'observation n° VI. Nous avons dit qu'il s'agissait d'un ulcère pylorique. Il

rentre toutefois dans la catégorie des cas cliniquement douteux, où l'exérèse d'emblée est cependant jugée impossible.

Le malade de l'observation n° II n'a pu être revu.

Le malade de l'observation n° V n'a survécu que six mois.

Par contre, les trois autres malades avaient déjà une survie de deux, quatre, six ans, et, revus récemment, jouissaient d'un excellent état de santé.

Le nombre des cas est malheureusement trop réduit pour que l'on puisse en déduire une statistique.

Il n'en est pas moins réconfortant de revoir actuellement ces malades, qui, opérés en un temps, pouvaient véritablement être considérés comme condamnés.

3) Résultats éloignés de l'exclusion haute palliative.

Enfin, dans les cas, où l'exclusion haute de l'estomac a été faite à titre palliatif, du fait que les malades ont refusé le deuxième temps, ou encore que les lésions soient par trop avancées pour être extirpables, il semble que les résultats éloignés soient plus favorables que ceux obtenus par une simple gastro-entérostomie.

La vidange de l'estomac se fait dans d'excellentes conditions. L'état général du malade remonte rapidement.

De plus, on peut se demander si précisément le fait

de placer l'anastomose en position haute et loin de la tumeur, n'éviterait pas dans une certaine mesure l'envahissement secondaire de cette bouche, et ne permettrait donc pas des survies plus prolongées.

Il est vrai, par ailleurs, que cliniquement le problème est parfois impossible à résoudre, étant donné que dans ces cas nous manquons d'un critère histologique sur l'existence ou non d'un néoplasme.

Répétons encore que, de même que la gastro-entérostomie, elle réserve parfois dans l'avenir des surprises d'évolution, mais laisse alors la possibilité d'exécuter ultérieurement dans d'excellentes conditions une exérèse complète.

CONCLUSIONS

I. — La gastrectomie en deux temps, par exclusion première, est une technique qui nous paraît devoir diminuer la mortalité opératoire dans les cancers de l'estomac, tout en permettant d'opérer des cas très avancés, et chez des malades dont l'état général rendrait une gastrectomie très périlleuse.

Bien entendu, les cas favorables restent justiciables d'une opération en un seul temps.

II. — L'exclusion, au cours du premier temps, doit pouvoir se pratiquer sous anesthésie locale. La section de l'estomac est complétée par une anastomose du type Polya.

Le bout inférieur doit être drainé, en cas de sténose pylorique, pour éviter la stagnation de liquide septique, source possible de complications.

III. — Le deuxième temps opératoire devra être pratiqué le plus tôt possible. Il est constamment rendu difficile par les adhérences. Toutefois, les suites opératoires en sont toujours simples.

IV. — Ce procédé de gastrectomie en deux temps ne nous paraît pas devoir être appliqué aux ulcères, à cause du risque d'ulcère peptique à marche rapide.

Au reste, en cas d'ulcères, même compliqués d'un état général mauvais, la gastrectomie en un temps reste une intervention relativement bénigne.

V. — L'usage de la pince de VON PETZ, à condition de la compléter par une hémostase et un enfouissement soignés, nous paraît être une perfection utile, réduisant les temps opératoires et les rendant plus propres.

VI. — Les résultats éloignés ne sont pas encore tous suffisamment anciens. Toutefois, dès maintenant ils nous paraissent encourageants.

De même, si l'on a arrêté l'opération au premier temps par une simple exclusion, les résultats nous ont semblé également de meilleure qualité que ceux que l'on obtenait par la gastro-entérostomie.

Vu : Le Président de Thèse,
GRÉGOIRE.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGERET (A.). — La gastrectomie avec implantation gastro-jéjunale transmésocolique. In travaux de Chirurgie du Professeur Hartmann. 7^e série. Estomac et Duodénum. Masson, 1928.
- BERGERET (A.) et CAROLI. — Les résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère. *La P. M.*, 21 octobre 1931.
- BERGERET (A.). — A propos de l'exclusion haute de l'estomac avec implantation gastro-jéjunale. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1932, p. 1058-1061.
- CUNÉO. — Traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Paris Médical*, 1931.
- D'ALLAINES. — A propos de l'exclusion pylorique. *Bulletin de l'Académie de Chirurgie*, 1935, p. 475.
- DELORE et GUILLEMINET. — De la valeur de la gastrectomie en deux temps. *Journal de Chirurgie*, T. XVI, p. 654.
- DEVINE. — Cité in Professeur Pierre RHÉAUME. Technique chirurgicale. Estomac et Duodénum. Masson, 1932, p. 248-250.

- DIDIER (Robert). — Un nouveau procédé de gastro-entérostomie. *P. M.*, n° 81, 9 octobre 1935, p. 1568.
- DIDIER (Robert) et BOMPART (Henri). — Technique de gastrectomie large en deux temps dans l'ulcère haut situé de la petite courbure. Communication au XLVI^e Congrès Français de Chirurgie.
- Gastrectomie en deux temps par gastro-jéjunostomie à éperon. *Bulletin de l'Académie de Chirurgie*, 1938, p. 515-531.
- FINSTERER. — Traitement chirurgical de l'ulcus duodénal non extirpable. *Archiv. fur Klinische Chirurgie*, Tome CXLIII, p. 683.
- Technique de la gastrectomie. Rapport de Pauchet. Société des Chirurgiens de Paris, 19 mars 1932, p. 100-117.
- GUIHENEUC. — L'exclusion haute de l'estomac. Thèse Paris, 1932, n° 324.
- PAUCHET. — Résection gastrique en deux temps. *Pratique Chirurgicale illustrée*, fasc. X, p. 157-166.
- Cancer de l'estomac. Doin, 1928.
- Technique de la gastrectomie. Société des Chirurgiens de Paris, 1931.
- ROUX-BERGER et JOURDAN. — L'anesthésie loco-régionale en chirurgie gastrique. *Bulletin de l'Académie de Chirurgie*, 1938, p. 531-546.

